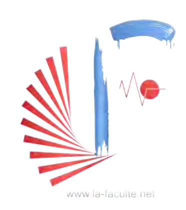
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful













LES INFECTIONS CUTANÉES ET DES PARTIES MOLLES



Infections cutanées et des parties molles

- **Pathologies fréquentes**
- **Constituent une partie importantes des prélèvements reçus au laboratoire**
- **Connaissance de :**

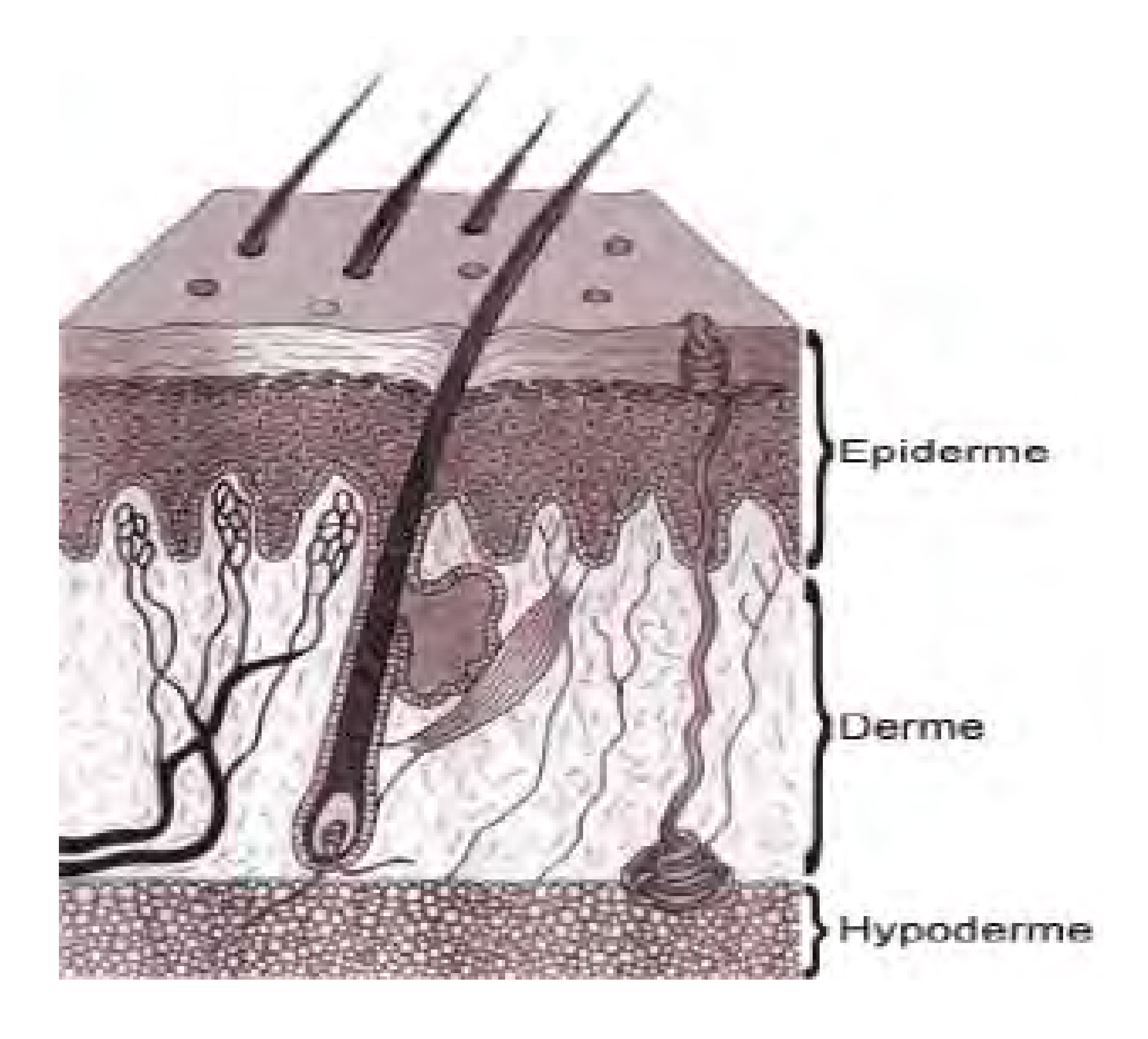
> leurs aspects cliniques variés

> des agents microbiens incriminés

Permet: > diagnostic bactériologique correct

> Antibiothérapie adaptée et immédiate

Infections cutanées


Epiderme
Derme
Hypoderme

Définition:

Effraction de la peau → infection

Secondaire à:

- **Traumatisme: plaie, brûlure (grande sensibilité des brulés aux infections cutanées)**
- **Inflammation: dermatose, ulcération**

Favorise : dissémination locale des micro-organismes (abcès, cellulite) ou régionale(adénite, thrombophlébite), ou systémique: septicémie.

L'expression de ces infections est conditionnée par:

- **nature porte d'entrée**
- **origine nosocomiale ou communautaire de l'infection**
- **terrain: diabète, immunodépression**

Diagnostic Bactériologique

- **Prélèvements**:

- avec des précautions car conditionnent le diagnostic et par conséquent le traitement

> lésions sèches: grattage avec un matériel stérile

>lésions végétantes: biopsie et culture du broyat

>lésions suintantes: écouvillonnage

>lésions liquidiennes: vésiculo-bulleuse: écouvillonnage ou aspiration d'une lésion récente, non rompue.

>lésions liquidiennes collectées et abcès: aspiration, drainage avant fistulisation

- **Examen direct et culture**

  > l'E.D. est systématique.

  > culture : selon orientation diagnostic

  > ensemencement de milieux aérobies ou anaérobies, spéciaux (mycobactéries, pasteurella, ou actinomycose)

- **Agents microbiens:**

  -**Staphylococcus aureus/ streptocoque pyogenes**

  -**autres: BGN aérobie, anaérobies**

Infections cutanées

Aspects cliniques

1-Superficielles :

-impétigo ou pyodermite aigue superficielles

-Infection du follicule pilo-sébacé

> folliculite superficielle

> folliculite profonde

> furoncles

2-Autres

-Intertrigo

-Onyxis et périonyxis

3-Infections dermo-épidermiques

> Erysipèle

> autres

4-Infections dermo-hypodermiques

> Plaies infectées

> Abcès

5- Manifestations cutanées des bactériémies

1/ Infections cutanées superficielles

▪ Impétigo ou pyodermite aigue superficielle

- Dermite vésiculo-bulleuse, ulcérée , sèche puis croûteuse de la face : (pourtour du nez et de la bouche, cuir chevelu) et des extrémités

- Agents microbiens: S.aureus, Streptococus pyogenes ou les 2

- Traitement:

    -ATS local (permanganate de potassium, hexamidine, chlorhexidine)

    -ATB: Streptocoque ->pénicilline G, amoxicilline , macrolide

    Staphylocoque aureus ->pénicilline M (oxacilline) ou virginiamycine (staphylomycine).

    - Mesures d'hygiène strictes: lavage des mains, ongles coupés

▪ Infections cutanées superficielles du follicule pilo-sébacé

-Folliculite superficielle:

- inflammation du follicule secondaire à une prolifération microbienne
- papules péripilaires douloureuse ->pustules centrées par un poils-> croûtes-> pas de cicatrice
- germe: Staphylococcus aureus
- siège : région pileuse du visage, thorax, cuisse, paupière (orgelet)
- TRT: soins locaux (hexamidine, Bétadine)
- Hygiène +++

▪ Infection cutanée superficielle du follicule pilo-sébacé

-folliculite profonde:

- **Atteinte de la glande sébacé dans sa totalité**
- **Nodules rouges et douloureux centrés par un poils**
- **Risque de formation d'abcès dermiques d'évolution chronique**
- **Germe: Staphylococcus aureus**
- **Formes particulières: - sycosis de la barbe**
  - folliculite du cuir chevelu
- **TRT: soins locaux +ATB : synergistine ou une pénicilline M (oxacilline) si MSSA**
- **Recherche du réservoir (nasal ou pelvien) et décontamination**

▪ Infections cutanées superficielles du follicule pilo-sébacé

-Furoncles:

- Folliculite profonde et nécrosante de l'ensemble du follicule adipeux
- Germe: -S.aureus

  -MRSA communautaire, souvent résistant à l'acide fucidique, tétracycline et kanamycine, de plus en plus fréquent
- Adolescent, adulte jeune
- TRT:-local : ATS (bétadine, chlorhexidine, hexamidine)

  -Hygiène+++ (lavage des mains, corps)

  -recherche d'un réservoir (nasal, pelvien et décontamination patient et entourage familiale : bains avec ATS et ATB en local, nasal: crème de mupirocine, bacitracine pendant 10 à 20 jours)

  -ATB : si terrain fragile, localisation au niveau du visage, furoncles multiples, compliqués: lymphangite ou cellulite

  > ATB : voie générale /2 à 3 semaines

  oxacilline si MSSA ou pyostacine si MRSA

2/ AUTRES

1- Intertrigo: -dermite inflammatoire des plis (hyperhydrose, macération+++)

-germe: Staph., Strept., BGN,

-TRT: ATS local

2- Onyxis, péri-onyxis: atteinte de l'ongle et du bourrelet

-agents: -mycosique (candida, dermatophyte)

- bactériens: S.aureus

-TRT: ATS local + ATB

3/ Infections cutanées dermo-épidermiques

- **Érysipèle:**

 -dermo-épidermite aigue localisée, succède à une infection localisée à Streptococcus Pyogenes

 -Facteurs favorisants: stase veino-lymphatique, traumatisme, obésité, maladie générale (diabète, néoplasie)

 - siège: face, membres inferieurs +++, cuir chevelu, région abdomino-périnéale, fesses, mbres sup. plus rare.

 - TRT: nécessite une hospitalisation

 ATB: Pénicilline G ou Macrolide

Autres

- **Lymphangite**:
  - infection du vaisseau lymphatique suite à une infection de voisinage (plaie, ponction veineuse, intertrigo, furoncle)
  - germes: S.aureus, S.pyogenes
  - TRT: pansements alcoolisés + ATB précoce (synergistine) pdt 10 jours.

- **Panaris:**

  - **infection grave du tissu d'un doigt, suite à une inoculation septique.**

  - **germe: S. aureus**

  - **TRT: URGENCE (éviter l'extension de l'infection vers l'os)**

    ATS locaux

    ATB: antistaphylococciques

  - **autres germes: Streptocoques, BGN -> ATB adaptés**

4/ Infections cutanées dermo-hypodermiques

• Plaies infectées

- **Origine:**
  - **Traumatique (avec contamination tellurique d'où risque de tétanos)**
  - **Agents physiques (brûlures)**
  - **Trophique(escarres, ulcères de jambe)**
  - **Nosocomiale(point de ponction, plaie chirurgicale)**

Toute plaie peut être surinfectée.

- **Agents bactériens: S.aureus, Strepto. pyogenes mais aussi BGN et anaérobies**

Traitement:

-Lavage abondant avec un ATS

-Rinçage au sérum stérile ou à l'eau oxygénée

- ATS bétadine, héxamedine, carbanillide)

- ATB: par voie générale systématique si : plaie profonde, juxta articulaire ou tendineuse, d'une plaie par morsure ou si le parage est retardé

selon l'origine: - synergistine, ou oxacilline,ou céphalosporine + aminoside+ métronidazole, ou fluoroquinolone+metronidazole.

- morsure: doxycycline ou fluoroquinolone

- Prophylaxie antitétanique systématique

• Abcès:

-Agents bactériens: S.aureus, S.pyogenes

- traitement:

> phase inflammatoire:

- pansement alcoolisé (favorise la collection)
- antibiothérapie générale: pénicilline M (oxacilline) ou synergistine
- abcès post opératoire: préférer l'association céphalosporine + aminoside + métronidazole ou fluoroquinolones

> phase de collection:

- drainage chirurgicale sous antibiothérapie est indispensable

5/ Manifestations cutanées des bactériémies

- **Au cours des septicémies, endocardites:**

- Faux panaris, purpura pétéchiaux, ou gangréneux, nécrose des extrémités.

-ecthyma gangrénosum: septicémie à Pseudomonas aeruginosa, vésiculo-bulles de grande taille puis ulcération non douloureuse

Infections des parties molles , cellulites et myosites

- **Définitions**:

toute effraction cutanée ou muqueuse même minime → à l'origine d'infection sous jacente grave:

> tissu s/cutané ou muqueux: cellulite

> aponévrose: fasciite

> muscles : myosite (gangrène)

- **Facteurs favorisants**:

- **Stase veineuse / lymphatique**
- **Diabète**
- **Obésité**
- **Immunodépression**
- **Hémopathies malignes**
- **La prise d’anti-inflammatoires (abus)**
- **Retard d’une antibiothérapie adaptée**

• Diagnostic bactériologique:

Délai d'incubation, EG, présence de gaz dans la région atteinte(anaérobies) orientent le diagnostic

➢ Prélèvements:

- **Hémocultures aéro-anaérobie**
- **sécrétions purulentes, lésions nécrotiques (écouvillons: aérobies, écouvillons + milieux de transport: anaérobies.**
- **Ponctions de phlyctène à la seringue (bouchée pour les anaérobies)**
- **Tissu nécrosé, biopsie, prélèvements per-opératoires**

Examens directs et culture:

- **Gram: (morphologie des bactéries)**
- **Bleu (Polynucléaires)**
- **Culture: ensemencement sur milieux gélosés et incubés en aérobiose et anaérobiose(jarres ou sachets : N_2, CO_2, H_2) /35°C/24 à 48 H**
- **Identification biochimique + antibiogramme sur la souche isolée**

- **Traitement:**

- **Réanimation: évaluation du retentissement de l'infection**
- **Traitement chirurgical: indispensable**
- **Traitement antibiotique: URGENCE (limiter la dissémination de l'infection)**
- **Ne doit en aucun cas retarder l'excision chirurgicale.**

1- Cellulite streptococcique ou fasciite nécrosante

- Incubation : 1 à 4 jours + douleur++
- Œdème – érythème – nécrose - bulles
- Exsudat sérosanglant
- EG altéré
- Tissus envahis: peau- Fascia
- Germes: Streptocoques pyogènes (75%)
  Staphylocoque aureus
  Anaérobies
- Traitement: amoxicilline +ac.clavulanique
- Acte chirurgicale: Débridement+ drainage
- Létalité: 30%

2- Cellulite nécrosante synergistique

- Incubation: 3 à 4 jours
- Œdème - érythème - ulcération -nécrose
- Odeur nauséabonde+présence de gaz (25%)
- Exsudat purulent
- EG altéré
- Tissus: peau- fascia
- Germes: association de bactéries anaérobies (peptostreptococcus-bacteroides) + aérobies (staphylocoque aureus- BGN)
- Traitement: pénicilline G à forte dose + aminoside + métronidazole
- Traitement chirurgical: débridement, large excision des tissus infectés voir amputation
- Létalité: >50%

3- Gangrène gazeuse

- Incubation: qq. Jours + douleur
- Œdème- peau noirâtre -froide –bulles -nécrose
- Odeur nauséabonde+ gaz
- Exsudat: sérosanglant
- EG:altéré
- Tissus envahis: peau - fascia - Muscle
- Germes: Clostridium perfringens
- Traitement: Pénicilline G+ Métronidazole
- Traitement chirurgical: excision des tissus infectés+Oxygène hyperbare
- Létalité: 15-30%

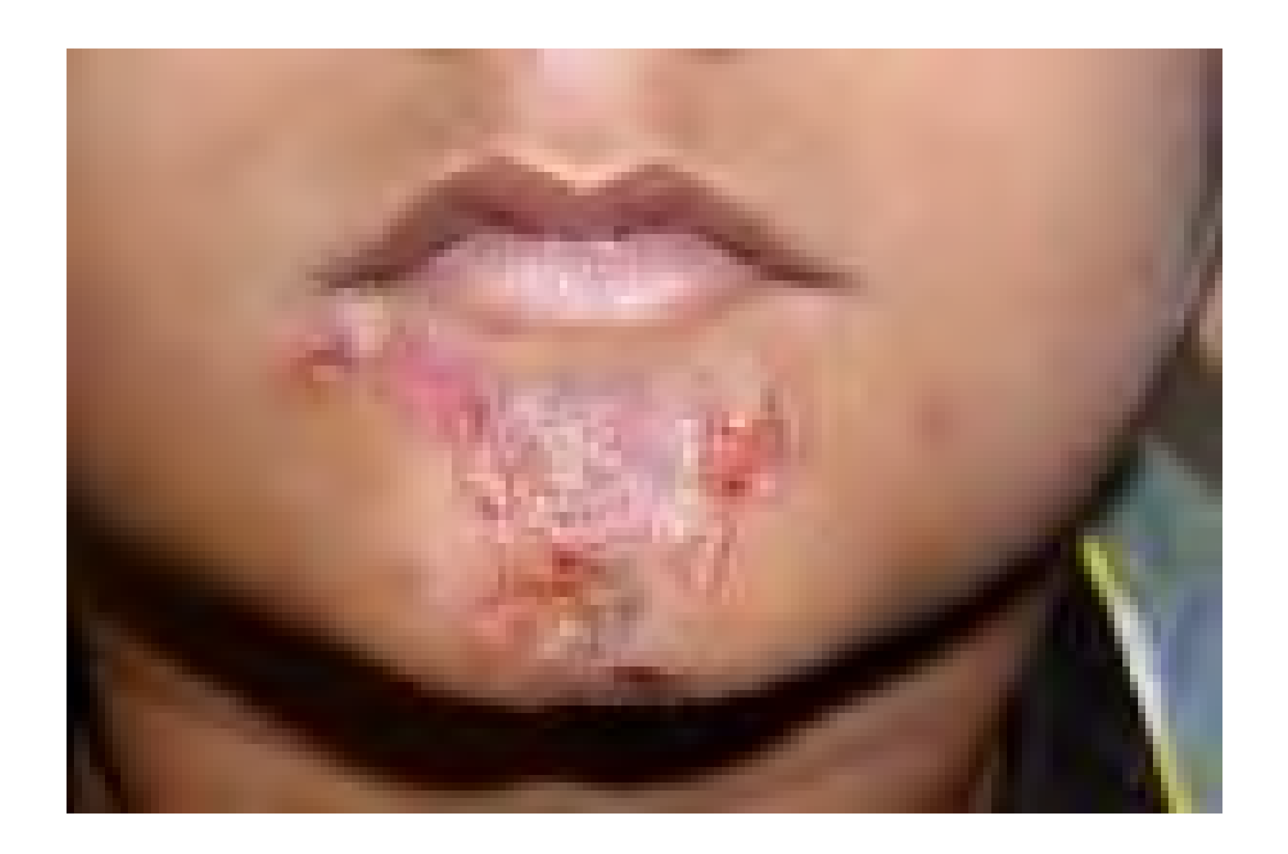
4- Myosite

- **-Incubation : 1 à 3 semaines + douleur progressive**
- **-Nécrose**
- **-exsudat purulent**
- **-EG: altéré (tardive)**
- **-Tissus: Muscle**
- **-Germes: Staphylocoque- E. coli - Streptocoques**
- **-Traitement: Imipénème +Glycopeptides (vancomycine)**
- **-Traitement chirurgical: Excision –drainage**
- **-Létalité faible**

Conclusion

- **Les infections cutanées et des parties molles sont des infections qui peuvent être graves voir mortelles**
- **Les agents microbiens les plus fréquents sont S. pyogenes, S.aureus (ne pas négliger l'isolement de plus en plus fréquent de staphylocoque aureus méticillinoresistants: SARM) et les anaerobies**
- **Le traitement est une urgence**
- **L'hygiène corporelle, lavage des mains…. doivent accompagner le traitement**

Impétigo ou dermite aigue superficielle



Impétigo ou dermite aigue superficielle



Impétigo ou dermite aigue superficielle







Érysipèle

Érysipèle



Furoncles



Infections cutanées superficielle: dermo-hypodermite



- Observation (pédiatrie hôpital Bologhine):

Nourrisson de 18 mois

Consultation: fièvre isolée

Traitement:

Amoxycilline + anti inflammatoire

24h + tard: apparition de plaques érythémateuses, de phlyctènes

48h +tard: bulles, nécrose tissulaire

Prélèvements : des tissus nécrosés, et liquide de sérosité,

Isolement: ***Pseudomonas aeruginosa***

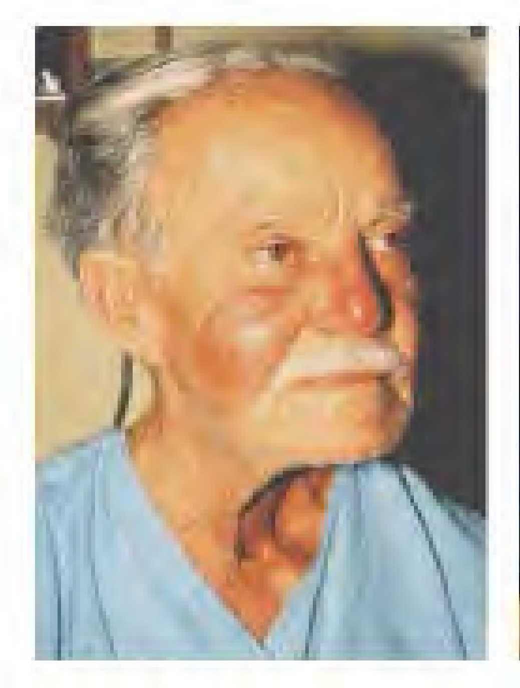
Traitement :-antipyo: pipéracilline

-traitement local

Guérison

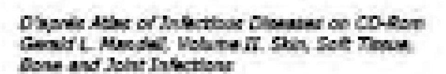


Erysipèle









D'après Atlas of Infectious Diseases on CD-Rom Gerald L. Mandell, Volume II. Skin, Soft Tissue, Bone and Joint Infections



Atlas of infectious diseases CRTD Edmond 1974

A. Bouvet - Entretiens de Bichat, 8 sept 2008

8

Autres Lymphangites & Cellulites streptococciques

Lymphangite



Cellulite extensive



Dermo-hypodermite nécrosante ou DHN



Traitement :
- Pénicilline G et Clindamycine
- Excision chirurgicale



9

Dermo-hypodermite nécrosante ou DHN

D'après Atlas of Infectious Diseases on CD-Rom Gerald L. Mandell, Volume II. Skin, Soft Tissue, Bone and Joint Infections





Thromboses →
- ischémie, tissu sombre
- ne saignant pas,
- nécrotique

Histologie :
- Nombreux streptocoques
- Nécrose massive des tissus
- Absence notable de cellules inflammatoires







A. Bouvet - Entretiens de Bichat, 6 sept 2001

Dermo-hypodermite nécrosante

Photos de F. Lacassin & S. Le Hello, Service de Médecine Interne & Institut Pasteur, Nouméa, Nouvelle Calédonie







Atteinte du fascia confirmée chirurgicalement

Signes cutanées de l'EI








© Current Medicine





Érythème de JANEWAY









